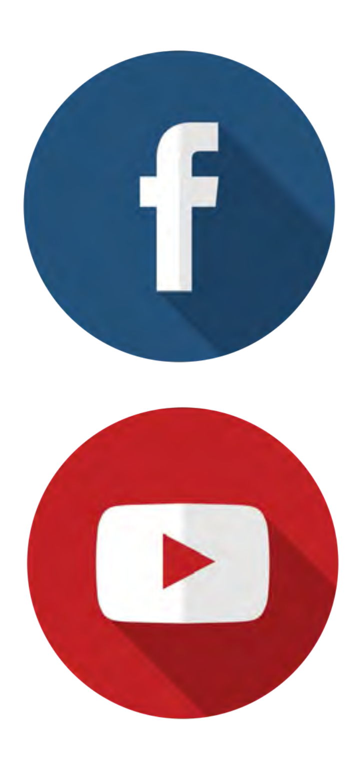
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Complications urinaires des fractures du bassin :

I. Généralités-définition :

- Toutes les lésions traumatiques intéressant l'urètre postérieur et/ou la vessie au décours d'une fracture des os du bassin.
- Touche les sujets jeunes (20-35ans), de sexe masculin +++
- Poly traumatismes++

II. Lésions de l'urètre postérieur :

A. Etiopathogénie :

- AVP, AC, AT, AS
- **Fracture du bassin**.
- Les ruptures de **l'urètre membraneux** sont les plus fréquentes (90%), que celle de l'urètre prostatique (10%) qui est protégé (sa rupture nécessite un traumatisme violent).

B. Mécanisme :

- **Indirect +++** (déplacements) :
  - Cisaillement (aponévrose moyenne du périnée)
  - Effet guillotine (ligament transverse)
- Direct :
  - Embrochage
  - Ecrasement (Urètre prostatique)

C. Anapath :

- Simple contusion (hématome pariétal)
- Rupture partielle
- Rupture totale +/- décalage

Le décalage signifie le déplacement du fragment proximal en haut et en arrière alors que le fragment distal reste solidaire du pelvis.

D. Clinique :

- **Urétrorragie ++++**
- Hématurie
- RVA avec globe vésical :
  - Mécanique ou reflexe
  - Retardée ou inexistante (rupture vésicale, état de choc)
- Hématome périnéal « en aile de papillon » tardif++ & des bourses.
- Globe vésical inconstant.
- TR : ascension du bloc prostato-vésical

E. Radiologie :

- TDM-TAP
- Ecographie
- Radios du bassin : F, P, 3/4A, 3/4O
- Urétrographie rétrograde+++ :
  - Immédiate (anglo-saxons) J3-J7(autres)
  - Associée à une opacification antégrade , si KT sus pubien en place.

➤ **Résultats :**

- Extravasation du produit de contraste
- Arrêt net
- Opacification ou non de la vessie.

F. Classification de l'AAST :

GRADE 1	Contusion
GRADE 2	Étirement
GRADE 3	Rupture partielle
GRADE 4	Rupture totale (décalage < 2 cm)
GRADE 5	Rupture totale (décalage > 2 cm)

IMPORTANT : « LA SIMPLE SUSPICION D'UNE RUPTURE URETRALE DOIT FAIRE BANNIR TOUTE MANŒUVRE ENDO-URETRALE »

G. Traitement :

❖ Immédiat :

- Palier à un éventuel état de choc (mesures de réanimation)
- Rechercher des lésions associées, plus graves, nécessitant une PEC urgente (crane, thorax, abdomen.)
- Mise en place d'une cystostomie a minima (KT sus pubien), sous échoguidage.

❖ Trois approches :

1) ***Ancienne* : « réparation chirurgicale immédiate »**

- Abandonnée (hémorragie++, infection, instabilité osseuse)
- Sauf en cas de plaie du rectum, d'incarcération ou une lésion du col vésical associée

2) ***Classique* : « réparation chirurgicale différée »**

- KT sus pubien
- Urétrorraphie termino-terminale(UTT)
- 3 à 6 mois (anglo-saxons), J10 (autres)

3) ***Moderne* : « réalignement endoscopique »**

- Dans les deux semaines qui suivent l'accident
- Principe : tenté à j 14 -Double abord endoscopique
- Cicatrisation urétrale sur une sonde tutrice 18 ch laissée six semaines.
- Urétrotomie interne (U.I)

H. Complications :

- Infection de l'urohématome : Collection purulente pelvienne qui peut donner une fistule cutanée.
- Rétrécissement urétral.
- Incontinence urinaire : En cas de lésion du col vésical.
- Impuissance : Par atteinte des filets nerveux honteux internes.
- Stérilité : par lésion des canaux éjaculateurs.

I. Surveillance +++ :

- Régulière, à long terme
- Guetter les complications :

➢ Urinaires :

- Incontinence : rééducation, sphincter artificiel.
- Rétrécissement de l'urètre : urétrotomie interne

- Sexuelles :
  - Impuissance : Les inhibiteurs de la phosphodiestérase5 IPED5, injections intra caverneuses

III. Lésions Vésicales :

A. Etiopathogénie :

- Associées à des lésions urétrales dans 10 à 30%des cas
- Deux facteurs de risque ++ :
  - Fracture du bassin (ligaments pubo-vésicaux)
  - Réplétion vésicale (dôme, zone fragile)

B. Anapath :

- Lésions non perforantes : contusions, hématome pariétal
- Lésions perforantes :
  - Sous péritonéales 60%
  - Intra péritonéales 30%
  - Mixtes 10%

C. Clinique : « *Difficile +++* »

- Hématurie, microscopique ou macroscopique
- Empâtement et défense sus pubienne
- Impossibilité d'uriner
- Signes de péritonite (distension abdominale) : RIP, tardifs

D. Radiologie :

1) TDM TAP.
2) Echographie
3) **CYSTOGRAPHIE OU CYSTO TDM :**

- Indication : FRACTURE DU BASSIN + HEMATURIE.
- Protocole : 3 clichés : non injecté, injection 350 cc, après vidange.

1) **Cystographie rétrograde+++ :**

- 1er temps : Urétrographie rétrograde, urètre sain,
- 2ème temps : sondage stérile +++ injection de 350cc de PDC

- Résultats :
  - Cysto- normale : rupture colmatée ou contusion
  - Lacunes : caillotage
  - Extravasation++ S/P ou IP

E. Classification des L.V selon l'AAST :

GRADE 1	Contusion, hématome pariétal
GRADE 2	Rupture s/p(RSP) < 02cm
GRADE 3	RSP>02cm ou RIP<02cm
GRADE 4	RIP>02cm
GRADE 5	RIP ou RSP avec atteinte du col ou du trigone.

F. Traitement :

- Repos au lit avec antalgiques : *Contusions vésicales.*
- Traitement conservateur : « RSP »
  - Drainage seul
  - Sonde 24ch, ballonnet peu ou pas gonflé, pendant 2 à 3 semaines
- Traitement chirurgical

- Parage, suture en deux plans, drainage 2 à 3 semaines
- *RIP et R.mixtes.*